

産婦人科領域における精神身体医学的研究

郷 久 鉞 二

札幌医科大学産婦人科学講座 (主任 明石勝英教授)

Studies on Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology

Etsuji SATOHISA

*Department of Obstetrics and Gynecology, Sapporo Medical College
(Chief: Prof. K. Akashi)*

Psychological considerations for the treatment in the field of obstetrics and gynecology are reported in this study as a result of a psychosomatic approach.

1) Psychological tests were carried out in 213 cases of sterile women, using the Cornell Medical Index (CMI) and the Yatabe-Gilford test (YG). 148 cases showed normal patterns. 65 cases showed neurotic patterns. 57 cases, 38.4% in the former and 43 cases, 66.1% in the latter required hormone therapy alone or combined with other therapeutic means. 5 mg of Diazepam were administered intravenously in the course of the Rubin's test, and the resultant patterns were studied. The group which showed a normal pattern in the psychological tests showed a 34.4% effectivity to Diazepam and others showed no change or somewhat spastic patterns. On the other hand, the group that showed neurotic patterns in the psychological tests showed a 4.2% effectivity to Diazepam while others showed no response or somewhat spastic patterns.

2) 33 cases suffering from symptoms of climacterium were treated with hormone therapy alone. All 10 cases showing a normal pattern of CMI showed good results, and 43% out of 23 cases showing neurotic patterns showed good results. 82% out of 22 cases showing a normal pattern in YG showed good results and 33% out of 6 cases showing an abnormal pattern gave good results. 8 cases showing no effect in response to hormone therapy were treated by psychosomatic therapy.

3) The cases of frigidity and colpospasm were classified by their resistance to the treatments.

4) Two cases of the pseudocyesis were studied.

5) The group of pregnant women who gained 30 points or over of the N and E scorings in the Maudsley test (MPI) suffered from hyperemesis gravidarum ($P < 0.05$).

6) The scoring of Tayler's Anxiety test (MAS) and MPI for pregnant women showed different patterns according to the period of the pregnancy and especially in the case of 29-36 weeks of nulipara they showed a high scoring. It seems that the high scorings of MAS had a relationship to a subinvolution of uterus namely, a hypogalactia, resulting in birth of small for date babies ($P < 0.10$).

7) The neurotic group had an unreasonable tense attitude psychologically speaking. These cases showed a small subjective effect in painless delivery in which fluothane gas was administered and complaints of the first stage of the labor were noted.

8) In testing pregnant women in whom labor lasted for 10 hours and running a comparison against the results in pregnant women in whom labor lasted more than 10 hours, it was found by MPI that those who had a higher tendency toward extroversion and neurotic patterns had longer labor ($P < 0.01$).

緒 言

産婦人科領域における心身医学的研究は海外^{1~3)}でも国内^{4~7)}でも非常に少ない。従って大部分の診療機関で患者を診療する場合、心身医学的配慮や手段が十分に行われて

いないのが現状である。そこで著者は不妊症、更年期障害、不感症、想像妊娠、悪阻、妊娠・分娩の心理、無痛分娩および分娩時間の8項目について各種心理テスト、アンケート及び患者との面接を研究手段として、産婦人科領域における心身相関をめぐる諸問題、とりわけ治療上に精神的配

慮が必要であることを認めたので報告する。

研究方法ならびに成績

第1章 不妊症の内分泌、卵管因子に対する精神的影響

長年不妊症で通院している患者が育児をあきらめて治療を中止したり、養子をもったり、転地など生活環境を変えると、まもなく妊娠することは、よく経験するところである。外来に他の不妊因子で通院していた不妊患者が通院中に散発性無排卵となり治療を余儀無くされることもある。以上のことから不妊症には精神的要素が関与していると考えられ、著者は女性不妊症のうちで内分泌、卵管の因子を対象として以下の研究を行なった。

研究 方法

札幌医科大学産婦人科不妊症センターにおける、不妊期間が1年6カ月以上の患者213名を対象とした。

心理テストは Cornell Medical Index⁸⁻¹⁰⁾ (CMI) と矢田部-ギルフォード検査¹¹⁻¹³⁾ (YG) を使用した。CMI は深町^{8,9)} の分類を応用して正常群は深町分類の I, II 型、神経症群は III, IV 型とし、これに YG を対比して検討した。

卵管因子の検査は、子宮卵管造影法 (HSG) と描写式卵管通気法 Rubin tese (RT) を用いて行なった。RT 施行中に Diazepam 5 mg を 30~60 秒かけて緩徐静注を行なった85名の波形の変化をみた。

心因は面接とアンケートにより追求した。

研究 成績

213名の不妊原因は、ホルモン因子73名、34.3%、卵管因子73名、34.3%、男性因子34名、15.9%、その他33名、15.5%であった。諸検査で不妊因子の明らかでないものが26名でこれをいわゆる機能性不妊症とするならば12.2%である(図1)。心理テストからみた正常群と神経症群の原因別比較を行うとホルモン原因が正常群に30.4%、神経症群に43.1%であった(図2)。これをホルモン治療をしている例としない例とに分けて比較すると神経症群は66.1%、正常群は38.4%であった(図3)。

卵管検査として HSG と RT の関係を 94 名についてみると、両検査とも通過が 62 名 (66.0%) で、HSG のみ通過が 22 名、RT のみ通過が 4 名あり、すなわちどちらか一方が閉鎖の加き結果にでるものが 26 名 (27.6%)、両方とも閉鎖が 6 名 (6.4%) であった(表1)。RT の各波形による通過型に対して 4 例が HSG で閉鎖の所見があり RT

の閉鎖型 28 名中 22 名 (78.6%) は HSG で通過型を示した(図4)。次に卵管の緊張性を検査するために Diazepam を静注すると RT は緊張性の低下するもの、変化のみらない

| 卵 管 | 器 質 的 障 害 | 22 名 | 10.3% |
|----------|-------------|------|-------|
| | 機 能 的 障 害 | 51 名 | 24.0% |
| ホル モン | 器質的無排卵 | 2 名 | 0.9% |
| | 機能的無排卵 | 29 名 | 13.6% |
| | 卵巣ホルモン | 12 名 | 5.7% |
| | 下垂体ホルモン | 30 名 | 13.6% |
| 男 性 | 無 精 子 症 | 22 名 | 10.3% |
| | 精子の減少・奇形 | 12 名 | 5.6% |
| その他 | 子宮因子・頸管免疫因子 | 7 名 | 3.3% |
| | 検査・異常なし | 26 名 | 12.2% |

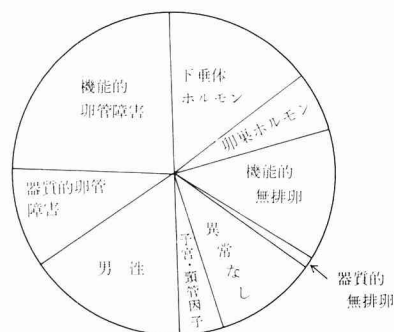


図1 不妊症の原因別頻度

| 心理 テスト 原因別 | 正 常 群 | 神 経 症 群 |
|------------------|--------------|--------------|
| ホルモン | 45 名 (30.4%) | 28 名 (43.1%) |
| 卵 管 | 50 名 (33.8%) | 23 名 (35.4%) |
| 男 性 | 25 名 (16.9%) | 9 名 (13.8%) |
| そ の 他 | 28 名 (18.9%) | 5 名 (7.7%) |
| 合 計 | 148 名 (100%) | 65 名 (100%) |

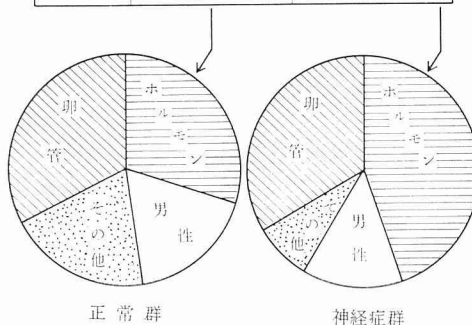


図2 心理テストと不妊原因別との関係

| | 正常群 | 神経症群 |
|--------------|------------|------------|
| ホルモン治療している群 | 57名(38.4%) | 43名(66.1%) |
| ホルモン治療していない群 | 91名(61.6%) | 22名(33.9%) |
| 合計 | 148名 | 65名 |

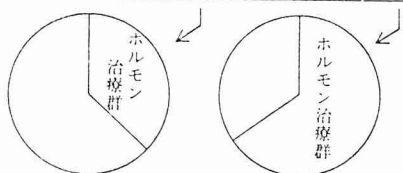
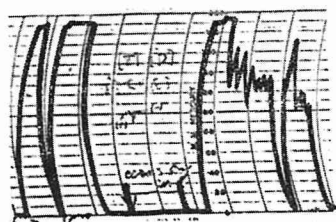


図3 心理テストとホルモン治療との関係

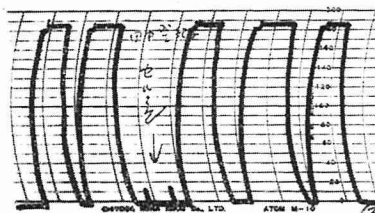
表1 子宮卵管造影と通気曲線の関係

| | | |
|--------------|-----|--------|
| 両方とも通過 | 62名 | 66.0% |
| HSGのみ通過 | 22名 | 27.6% |
| Rubin testのみ | 4名 | 6.4% |
| 両方とも閉鎖 | 6名 | 6.4% |
| 合計 | 94名 | 100.0% |

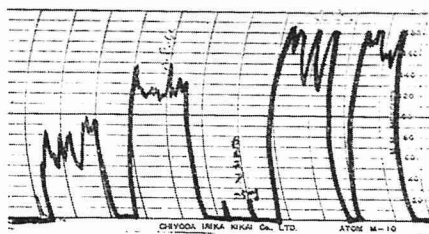
i) 効果のあるもの



ii) 変化のみられないもの



iii) 逆効果になってしまうもの



| ホルモンの波の形 | 通過 | 閉鎖 | 通過 | 閉鎖 |
|----------|----|----|-------|-------|
| 低緊張型 | 19 | 1 | 5.0% | 5.0% |
| 中緊張型 | 9 | 2 | 18.2% | 18.2% |
| 高緊張型 | 17 | 0 | 0% | 0% |
| 変縮型 | 10 | 1 | 9.1% | 9.1% |
| 狭窄型 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 変直型 | 3 | 0 | 0% | 0% |
| 閉鎖型 | 22 | 6 | 21.4% | 21.4% |

図4 Rubin test の波形に対する HSG 通過の有無

もの、緊張性の高まるものの3群に分けられた(図5)。これらを正常群と神経症群に分けると、正常群61名のうち緊張性の低下するもの21名、34.4%、変化なし24名、39.3%、緊張性の高まるもの16名、26.3%と3群に同率の分布を示す。神経症群24名では低下するもの1名、4.2%、変化のないもの15名、62.5%、高まるもの8名、33.3%であった(図6)。

図5 Diazepam 静注による Rubin test の波形の変化

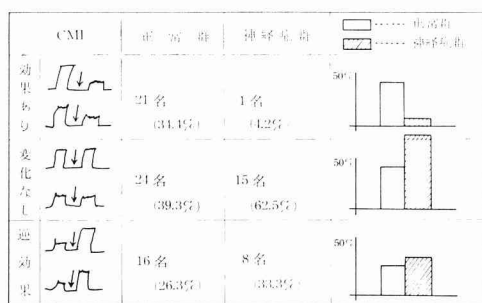


図6 Rubin test の波形に対する Diazepam の効果と心理テストの関係

表2 不妊症患者の CMI

| CMI | 不妊症センター外来患者 | | |
|----------------|-------------|-----|-----|
| I | 50 名 | 25% | 72% |
| II | 94 名 | 47% | |
| III | 42 名 | 21% | 28% |
| IV | 14 名 | 7% | |
| 200 名 (100.0%) | | | |

| TYPE | | Y-G Test | | C M I | | | |
|----------------|------|----------|-------|-------|------|------|-----|
| | | | | I | II | III | IV |
| A | 平均型 | 45 名 | 23.1% | 5 名 | 17 名 | 19 名 | 4 名 |
| B | 右寄り型 | 17 名 | 8.7% | 1 名 | 6 名 | 6 名 | 4 名 |
| C | 左寄り型 | 64 名 | 32.8% | 19 名 | 36 名 | 9 名 | 0 |
| D | 右下り型 | 52 名 | 26.7% | 25 名 | 26 名 | 1 名 | 0 |
| E | 左下り型 | 17 名 | 8.7% | 0 | 6 名 | 6 名 | 5 名 |
| 195 名 (100.0%) | | | | | | | |

図7 不妊患者の矢田部ギルフォード性格検査と CMI

不妊症患者に対する CMI は正常群 72%, 神経症群 28% であった (表2)。YG と CMI を対比すると YG の A 型は CMI も平均しており、比較的安定型といわれる C, D 型では CMI も I, II 型が殆んどである。不安定型といわれる B, E 型では CMI も III, IV 型が多く両者に相関関係の傾向がみとめられる (図7)。

不妊患者の心理因子としてはアンケートと面接によると疼痛を伴う検査を受ける恐怖、基礎体温への不安、月経発来時の失望、落胆、医師が代わる不安、治療が適切かどうかの不安など比較的浅いレベルの心因があり、妊婦への羨望、嫉妬、恐怖や劣等感、他人の子供をみるときの恐怖 (殺してしまいたい衝動にかられるという)、夫や姑、親戚

などに対する責任や人間関係、他者人工受精のときの姦通、密通のイメージなどの深層心理レベルの心因があった。

要 約

女性性機能は一方では大脳皮質—間脳—下垂体—卵巢—子宮内膜のホルモン系統、他方では大脳皮質—間脳—自律神経系に影響を受けると考えられる。著者¹⁴⁾は自律訓練法が排卵や卵管の緊張に有効例をみとめており、林¹⁵⁾、岩淵¹⁶⁾、坂倉^{17,18)}、小島¹⁹⁾、Herschlein²⁰⁾も薬物を含めた精神療法の有効例をみとめ、その重要性を論じている。神経症群にホルモン治療率が高いという成績は、ホルモン以外の不妊原因で通院している患者の基礎体温が次第に一相性に近くなりどうしてもホルモン治療をしなければ排卵が起らなくなることが多いことなど精神的影響を受けやすいことを示唆している。

ホルモン治療をやめると又無月経になる患者に精神療法を行うと順調になる例が多数報告されている^{3,21~24)}。卵管のと通過性に関しては卵管粘膜からの分泌物にも左右される考えられるし、RT や HSG は卵管の蠕動方向とは逆行した検査なので問題はある。しかしその緊張性は検査できると考えて RT の波型の検討を行った。Diazepam による効果は岩淵¹⁶⁾の結果とは一部分異なり逆効果例が多数みられた。

この結果から著者は従来排卵日前後に短期間投与していた安定剤による治療は卵管に対しては無効であり投与するなら長期投与が必要であると考え、更に著者は心理因子として浅いレベルの心因でも充分不妊原因となり得ることは重要であり、不妊患者を扱う治療者は充分な配慮が必要であると考え、Dimic は不妊症のうち Depression 傾向、不安が 63.5% を占め、はっきりした心因がみとめられたものが 18.4% であったと言い、Mai²⁶⁾ は不妊夫婦と正常夫婦を 50 組ずつそれぞれ 1 人ずつにわけて 3 人の精神科医がかさねて面接して、不妊女性の 31 人、60% に異常をみとめ、そのうち 21 人は人格障害であり、神経症 8 人、精神病が 2 人であったと報告している。従って不妊症患者の明らかな器質的原因を除いた 69.1% (図1) が精神療法単独又は他の治療と併用して行う対象となる。

精神的な治療法として著者は浅いレベルの心因でも不妊原因となることが多いこと、安定剤投与は短期間に終りやすいなどの理由により、向精神薬又は心因の追求による精神療法のみではなく、自律訓練法による Relaxation を患者自身が持続的に行う方法が不妊患者には最適の方法であると考え、

第 II 章 更年期障害における心理要因

更年期障害はホルモン療法が必ず行われる症候群であるが、効果がみられない場合も少なくない²⁷⁻³⁰⁾。そこで著者はホルモン治療の効果と心理テストの関連性を検討し、更にホルモン治療無効例については心理療法を行った。

研究 方 法

脳外科的または精神科疾患や循環代謝系疾患を否定されかつ婦人科の器質的疾患が否定されて、患者の訴えが更年期における不定愁訴症状であると診断された患者 33 名を対象にした。年齢は 39～54 歳、平均 45.1 歳である。あらかじめ CMI, YG の心理テストを行ってから全員にホルモン治療として男女混合ホルモンのデポー剤 1 回注射又はエストロゲン少量の持続的服用を行い、治療開始後 2 週間にその効果をみた。効果判定は患者が明らかに愁訴がなくなったと自覚するものを効果ありとし、少しでも愁訴があるものは効果なしとした。更に患者の症状や環境、既往手術の分析を行い、ホルモン療法が無効であった 10 名の患者のうち 8 名を心理療法の対象として検討した。

研究 成 績

YG で A, C, D 型の正常タイプの患者ではホルモン療法有効が 82%, 異常タイプの B, E 型ではその有効率は 33% であった。CMI が I, II 型の正常患者はホルモン療法効果が 100%, III, IV 型の神経症型はその有効率が 43% である (表 3)。

表 3 更年期障害患者に対するホルモン療法の効果と心理テストの関係

| Y-G test | | 人 数 | 有効数 | 無効数 | 有効率 |
|----------|---|------|------|-----|-----|
| 正常群 | A | 22 名 | 18 名 | 4 名 | 82% |
| | C | | | | |
| | D | | | | |
| B } Type | | 6 名 | 2 名 | 4 名 | 33% |
| 異常群 | E | | | | |
| | | | | | |

| CMI | | 人 数 | 有 効 | 無 効 | 不 明 | 有 効 率 |
|------|-------|------|-----|-----|-----|-------|
| 正常型 | I 型 | 3 名 | 2 名 | 0 名 | 1 名 | 100% |
| | II 型 | 7 名 | 7 名 | 0 名 | 0 名 | 100% |
| 神経症群 | III 型 | 11 名 | 8 名 | 1 名 | 2 名 | 73% |
| | IV 型 | 12 名 | 2 名 | 9 名 | 1 名 | 11% |

CMI の身体症状の質問項目で症状を分析すると H 項 (泌尿生殖器症状) の得点が高く平均 3.0 点でしかも「性欲が減退していますか」の質問には 33 名中 27 名、82% が、「はい」と解答している。C 項 (循環器症状) は 33 名中 3.1 名に症状あり平均 4.5 点、D 項 (消化器症状) は全員にあり平均 7.3 点と高得点を示した。子宮卵巣の手術既往のある人は 33 名中 20 名で、ホルモン療法は 13 名、65% に有効であった。

環境調査では夫と死別、離婚、未婚などで配偶者のいない女性が 33 名中 6 名と 20% を占め、6 名中 5 名がホルモン療法が無効であった。それ以外の 27 名の夫は会社員、公務員が 21 名で、農業が 2 名、無職が 1 名、不明が 3 名であった。子供は 4 人が 1 例、3 人が 6 例、2 人が 18 例、1 人が 6 例、0 人が 2 例であった。ホルモン療法無効の 10 例のうち 6 例は、心身症と診断して治療を行った。1 例は心理療法 (感情発散) にて軽快、1 例は自律訓練法により軽快、1 例は環境調整にて軽快、1 例は環境調整できないため軽快せず、2 例は絶食療法にて軽快した。また 1 例は重症の神経症にて精神科に転科して軽快、1 例は軽症うつ病で抗うつ剤投与して軽快したものであり 2 例は未治療のままである。

要 約

更年期障害の成因は不定で治療方法も人により異なっている^{4,31-37)}。本研究では Placebo 効果について検討していないが、少なくとも更年期の自律神経失調症状は内科的循環代謝異常を別にすると、ホルモン失調要因と心理的要因の二つに大別できることになる。従来から症状の分析としては Kupperman の更年期障害指数が行われているが著者は特に精神身体症状を重視して治療効果を判定したので Kupperman 指数にはよらなかった。Kupperman 指数については行わなくてよい検査法であるといっている研究者³⁸⁾もある。婦人科を訪れる患者の主訴は生殖器、泌尿器症状が多く、循環器、消化器症状は多いにもかかわらず主訴として訴えなかった。症状の分析は多数の研究^{31,38,39)}が報告されているが、著者はとくに検討しなかった。婦人科手術既往のあるものが非常に多くみられ、術後不定愁訴の検討や手術管理の重要性を示唆している。環境は中、上級階級に多く子供も 2, 3 人迄であったが、注目すべきは 20% に配偶者のいない女性がおられホルモン療法は無効であり、この時期における女性の老化に伴う孤独感には十分に心因として彼女の心身に影響することがわかる。

更年期障害は症候群であって単一疾患ではない。すなわち、卵巣症状その他のホルモン原因のもの、自律神経機能不全が強く表面に出ているもの、内科的な循環や代謝など

の治療が必要なもの。更に心理的因子が重要である症例も心身症、うつ病、神経症の如く異なった病態像を呈する。従ってその治療にあたっては上記4つの方向で原因を探究していくことが必要であると考える。

第III章 外陰・陰心身症の症例の面接による分析

不感症、陰瘻（ワギニスムス）、陰痛、外陰部掻痒症などは外陰・陰を中心とした症状であり、処女膜強靱、陰口や陰の狭窄、外陰や陰の炎症、泌尿器疾患などの病的状態がみとめられない場合はすべて心身症又は精神科疾患と考えられ、おおよそ共通した性格傾向や成長過程、環境がありしかも大部分が難治な疾患である。これらの症例10例を面接により分析した。

研究方法

症例の面接や治療経過の分析から、これらを治療に抵抗する程度と心因となっている内容より5つに分類した。最初に代表的な症例を3例面接内容を中心に述べ、次に分類を述べる。

研究成績

症例1 不感症 35歳 産2妊2

2,3カ月前より性交時にオーガズムを感じなくなったと言って来院。外性器、内性器に異常を認めず面接する。性格、成長過程、環境など話を聞いても特に異常をみとめない。「御主人が最近浮気しているようなことはありませんか」と聞くと急に泣き出し、最近別の女性がいることを知ったという。患者は今でも夫を愛しているというので、自律訓練法を行い、軽い催眠状態において夫はあなたのところに必ず戻ってくるし、戻るべくあなた自身が努力する必要があることの自己洞察を獲得した。

症例2 性交不能、陰瘻 24歳 産0妊0

結婚して3年にもなるが1度も性交せず、陰外射精をしている。夫は29歳、健康な会社員、生活面では協力的、おとなしくまじめ性格。処女膜切開を行い性交時の体位その他を説明、弛緩訓練を行い治ったと暗示して退院させたが、その後半年間は不能であった。患者は小学校のころからオナニーを覚え、それに対して罰業感がある。中学校のときに母親に小陰唇が大きすぎるといわれ、無理に婦人科医に連れていかれ内診された。その時の恐怖と疼痛が心因と思っていたが、更に面接をくりかえしイソミタル静注麻酔時の面接にて父親と母親に原因のあることがはっきりした。父親は頑固、傲慢で利己的で患者はそれに対して嫌悪感もちながら育った。しかし患者も父親と同じ性格で

あった。中学時代に両親の性交をみてショックを受け、ますます父親嫌いとなる。母親は過保護で結婚した今でも実家に帰ると母親と同じふとんに寝て眠らせてくれるという。患者は夫を愛し子供もほしいが男性に対する嫌悪感が潜在的にあり、性交に対する恐怖や不浄感をいだいていたと考えられる。それらを面接時に指摘し、洞察を深めていったがなかなか難治であった。半年後性交可能となった旨の連絡をうけた。

症例3 不感症 39歳 産1妊3

結婚は26歳、28歳時に女児分娩、会陰裂傷があった。そのための不感症ではないかと形成術を希望して来院、異常はなかったが、陰後壁形成術を行ない、これで治ったと暗示して退院。1年後よくならないと再来院。患者は某内科医師が年老いて再婚した人との間にできた一人娘で非常に甘やかされて育った。その話し方、態度は礼儀正しいが子供っぽく依存性が高い。娘時代に父のところに手伝いに来た若い医師に片想いをしていたが、彼が結婚したので自分も父のすすめるまま見合いにて結婚。勤勉な会社員で、患者は欠点のないこの夫を嫌っており、不感症の原因はそこにある如く思わせる。子供を一人生んだあと3回妊娠したがすべて夫の反対をおしきって中絶。夫がすることは全て自分に対して思いやりのない態度と非難し、遠い過去のロマンチックな思い出を少女の如く話す。父に離婚したいと言っても受け入れられず、その父が1年前に死んで今では、自分で離婚する独立心もなく、数々の自律神経失調症状を出しながら現在の生活に甘んじている。

要約

以上の症例と著者が経験した多数の他の患者も考慮に入れて軽症のものから順に分類した。

1) 意識的なもの……患者が意識的、自覚的に捉えている表在的な心因の場合であり、著者が経験した例では夫に性交時、陰分泌が少ないと指摘され不感症ではないかと検査に来た2人の子供のいる44歳の主婦、近所の人にまだ若いからあなたの性交はまだオーガズムに達していないといわれ本を読んで不安になった28歳の主婦や、隣りと壁一枚で落ち着かなかった例、夫の性交回数が少なくなったのは不感症のためと考え違いをする例などである。これらは説明のみで充分である。

2) 無意識レベルのもの……症状に伴っている心因が患者には自覚されないもので更に4つに分けられる。

i) 夫が原因の場合⁴⁰⁾……症例1はその例である。更に著者は結婚して2年になり、商社員である夫が性格異常で結婚するとき子供を持たない（自分と似た人間ができるのが恐ろしいという）決意をして勝手に精管結紮術をして

の注意を自分に向けるために、また自分自身の子供を切望しているため想像妊娠となったと考えられる。これらの洞察を行ったところ、ホルモン治療を全く行わないにもかかわらず、翌日から普段よりもやや量の多い月経の発来をみた。入院後26日間で内科的治療により腹囲は93 cmから85 cm、体重は60 kgから53 kgになって退院した(図8)。

症例2 29歳 産0妊0

某個人病院に妊娠10カ月子宮内胎児死亡の診断名にて入院した患者で、結婚は2年前で家族歴、既往歴に特記すべきことはない。妊娠歴はなく無月経前の月経は順調であった。今回は10カ月間全く無月経が続き、胎動もあった。定期検診は妊娠4カ月、6カ月、8カ月と3回受診しすべて医師が異なっているが妊娠の診断をうけていた。入院させた院長がブジーを入れようとしたところ全く入らず、腹部X線写真撮影では胎児部分は証明されず、困まったことになったと出張医の著者に相談された。患者をみると全身が肥満型で腹部はとくに膨隆して皮下脂肪が厚く(腹囲98 cm)、しかも固く触れ、いかにも胎児部分の如く触れる。児心音はドプラーにて *negative* で内診して正常子宮のようだったので子宮ゾンデで確かめると子宮腔7 cmであった。更にHSGにて両側卵管は正常通過型で、子宮は正常大、子宮内膜は試験掻爬により肥厚した内膜を認めた。そこで想像妊娠と診断し面接を行なった。患者は自分より10歳も年下で20歳のヤクザ風の土工夫と2年前に結婚した。4人兄弟の末子として甘やかされて育ち精神的に未熟で依存性がつよく、教育は中学迄で無知な印象を与える。年下でヤクザな夫を愛しているがその愛をつなぐための子供を真に切望していた。患者は胎動もあったが、妊娠末期には半信半疑だった。周囲の家族や医師たちが妊娠というのでそのつもりでいたという。しかし家族にとっては驚きであり、ヤクザな夫と入院させた医師との間にいざこざがあり恩謝料を払うことになった。その翌日退院し、その後の経過はホルモン剤にて月経も発来し順調である。

要 約

想像妊娠がはじめて報告されたのは、1893年に Breuer and Freud によってでありその後も精神科方面⁽⁴⁸⁾からの報告は数多くあるが、産婦人科領域^(47,49)からは殆んどない。想像妊娠にて起る器質的变化としては、月経閉止、下腹部の脂肪増大、全身の肥満であるが、身体症状としてはめまい、動悸、全身倦怠感、胎動感、腹部緊張感が著者の症例においてみられた。長谷川⁽⁴⁷⁾は、食欲不振、悪心、嗜好の変化、足の冷感、不眠、頭重感、腰痛があった一例を報告している。すなわち、身体症状としては、妊娠に関連のある自律神経失調症状が現われるものであり、著者の症例

1では、初診時妊娠を否定されただけで心理的洞察を行わなかったため、強い自律神経失調症状を現わして、内科に入院したものと考えられる。内科入院中の面接にてある程度の自己洞察はできたため、月経の発来をみたが、著者は夫に面接していず家族との調整がなされなかったため自律神経失調症状が出現しなお1カ月間の入院が必要だったと考えられる。一般的に想像妊娠の患者は妊娠を否定されても患者本人は大さわぎをしない。これは面接の印象から患者は周囲に同調しやすく知的レベルも低いと考えられる。すなわち、無意識レベルでは妊娠していないかもしれないと感じているが、妊娠を切望するあまり意識野では妊娠していると思いつ込んでいる状態にある。治療時にはこのところをよく理解して患者に接し、さらに家族との調整を行う必要がある。

第V章 つわり症状とモーズレイ性格

検査^(50,51) (MPI) の関係

嘔吐は精神分析の立場からは嫌悪感や拒否の感情の原始的な表現であり、精神的関与が大であるといわれている^(52,53)、しかし、実際に調査している人は少ない^(52,54,55,56)。そこで著者は悪阻に対する精神的関与を心理テストにて調査した。

研 究 方 法

札幌医科大学産科外来における妊娠5カ月～10カ月迄の妊婦で、現在つわり症状のないものを無作為に抽出してMPIとアンケート調査を行った。アンケートは「つわりはありましたか」の質問に対して、1) ひどい(卅)、2) ふつう(卅)、3) かるい又ははない(卅)～(卅)の三項目の一つに答えるものでふつうと答えたものを除外した100名に対してMPIと比較した。

研 究 成 績

日本女子既婚者全体と著者抽出集団全体とにはE及び

表4 悪阻症状とMPI得点

| | Eの平均値 | Nの平均値 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|
| 日本女子既婚者全体 (MPI研究会) 122名 | 24.66 ± 9.05 | 16.37 ± 8.76 |
| 対象患者 100名 | 25.57 ± 11.06 | 18.02 ± 7.64 |
| 100名中 EMESIS (-) or (-) 群 57名 | 25.71 ± 11.39 | 17.05 ± 10.90 |
| 100名中 EMESIS (卅) 群 43名 | 25.39 ± 10.23 | 19.30 ± 12.84 |

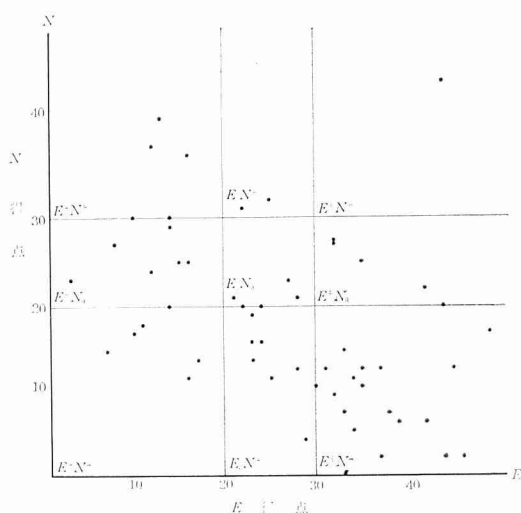


図9 悪阻症状(-)又は(+)群のMPI分布図(57名)

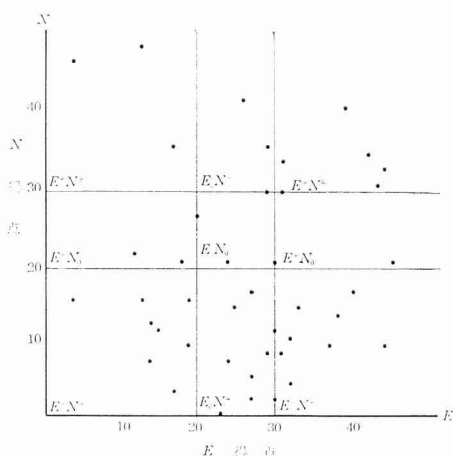


図10 悪阻症状(+)群のMPI分布図(43名)

N尺度において有意の差はなかった。しかし、アンケートでつわりがひどいと答えたもの(つわり(+)群)は $P<0.10$ にてN尺度は高かった(表4)。つわり(-)又は(+)の群ではN, E尺度について Pearson 係数をみると $P<0.001$, $r=-0.423$ にて負の相関があった(図9)。つわり(+)群では有意な正の相関はなかったが、度数検定を行うとE得点, N得点とも30以上の高得点領域($E+N+$ 領域)にある妊婦はつわり(+)群が $P>0.05$ で有意に多かった(図10)。

要 約

妊婦のつわり症状は神経症傾向の人に好発する傾向があり、特に神経症傾向がありかつ外向性の性格の殆んどの人に

つわり症状が出現しているといえる($P<0.05$)。 $E+N+$ 領域にあるつわりは精神的要因が大きな意味をもち、 $E-N-$ 領域にあるつわりは器質的な原因が重要であることが予測される。Bernstein⁵⁴⁾はつわり症状が神経症傾向に多いといい、Farkasら⁵⁵⁾やRemyら⁵⁶⁾は家族環境が重要な因子であり、ほとんどがヒステリー性格であり、催眠療法が有効であるという。Fairweather⁵⁷⁾は悪阻において感情要因が75~80%にあり、これらには薬物療法は重要でないといい、九嶋ら⁵⁸⁾は絶食療法を短期間行うことが有効であるといっている。これらの報告の面接の結果と著者の心理テストの結果は一致していた。治療においては著者は病院に入院隔離させるだけで、重症なつわり症状が消失する例を経験しており、また自律訓練法や暗示療法が非常に有効であった。

第VI章 ティラー不安検査⁵⁹⁾(MAS), MPI, アンケートよりみた妊婦の情動不安と分娩児への影響

人は何か重大な事態に直面した場合、心理的に特に情動的に多かれ少なかれ不安定な状態におちいるものである。妊娠及び出産は女性にとってその生涯のうちで重大な出来事の一つであり、そこに生ずる情動的变化は妊娠、分娩の過程のみならず生まれてくる児に対しても大きな影響を与えることが考えられる。

研究 方法

1) 札幌医科大学産婦人科外来、入院の妊産婦314名を対象とし、MAS, MPIとアンケート調査を行なった。アンケート調査の内容は「お産」「あかちゃん」「身体」「家族」「育児」の5項目を設定し、不安の高い順に記載させ妊娠月数との関連を検討した。

2) 分娩や児に対する影響を調査するため分娩前に心理テストをした267名のうちテスト時に身体の異常のあるものを除き、分娩を終った115名を対象として正常分娩と異常分娩を比較した。

研究 成績

妊娠月数による心理テストの結果をMAS(図11), MPI-N尺度(図12), MPI-E尺度(図13)によって比較した。妊娠初期と後期の妊婦はMAS得点16~18点, MPI-N尺度17~20点で中期の12~16点に比べ高く、不安や神経症傾向がある。MPI-E尺度はそれとは逆に中期の23~33点に比べ、前期と後期は21~30点と低く内向性傾向を示す。更に分娩が近くなった8~9か月では初産婦は不安や神経症傾向が強いのに比べ、経産婦はむしろ低く

なっている。分娩後は逆に経産婦は不安や神経症傾向が強くなり内向性に傾くのに比べ、初産婦は不安や神経症傾向が低くなり外向的になる。いかなる理由でこのような変化をするかを知るためさきのアンケート調査をまとめると初

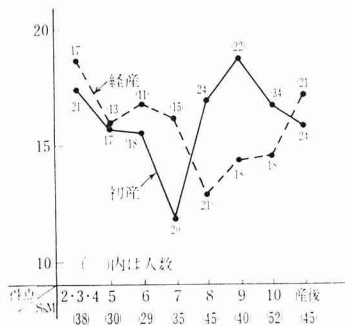


図 11 妊娠月数と MAS 得点

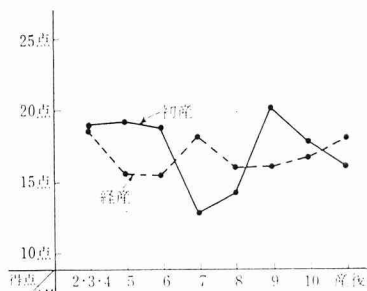


図 12 妊娠月数と MPI-N 尺度得点

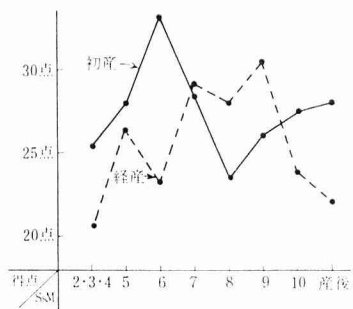


図 13 妊娠月数と MPI-E 尺度得点

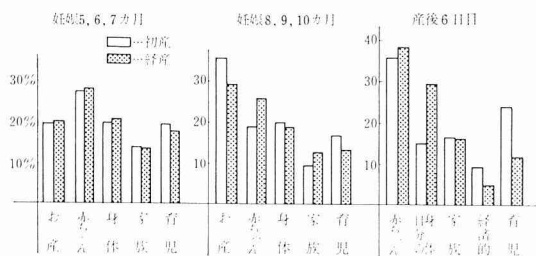


図 14 アンケート調査による情動不安の内容

産婦は分娩が近づくにつれて分娩そのものに対する不安が経産婦よりも強くなるためであり、分娩後の経産婦は初産婦に比べ自分の身体に注意が向いているためであった (図 14)。

次に分娩や児に対する影響を調査すると、一般に異常な経過をとった妊婦の方がそうでない妊婦より分娩前の不安得点は高い傾向はあるが有意の差ではなかった。MAS の全平均の 15.8 に比較して、生下時体重が 2,800 g 未満の児を分娩した妊婦の平均は 18.9 ± 2.41 であり (図 15)、産後に

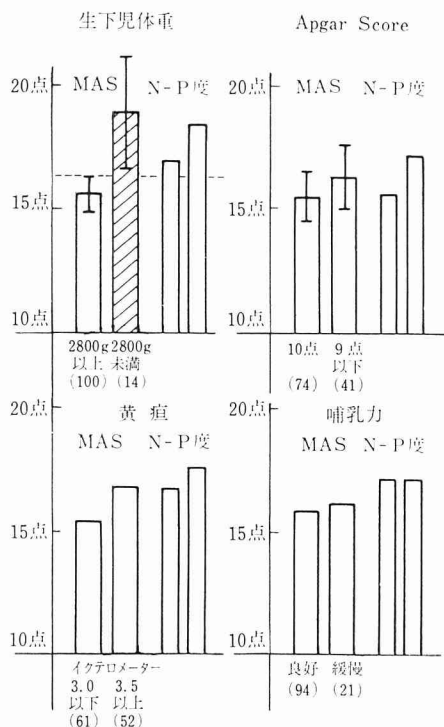


図 15 MAS, MPI-N 尺度と児の関係

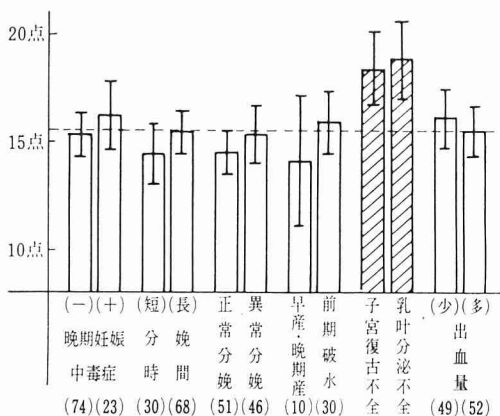


図 16 MAS 得点と分娩経過との関係

子宮収縮不良があり処置をうけた妊婦の平均は 18.3 ± 1.76 , 母乳分泌不全のためホルモン治療をうけた妊婦の平均は 18.3 ± 1.89 であり (図 16), いずれも MAS 得点が高かった (ただし $P < 0.10$).

要 約

Pajntar⁶⁰⁾ や Palmer ら⁶¹⁾ は恐怖や不安が妊娠分娩に影響し合併症の原因になるといい, Ritter ら⁶²⁾ は合併症はヒステリー型に多いといっている. 著者の結果は有意水準には到達しなかったが ($P < 0.10$), 産科医がその体験から神経質な人では産後の回復が悪くなることを認め, 分娩直後には児の奇形や死亡を産婦に告げないようにしている日常診療方針の正当性を以上の結果は裏付けているといえよう. Robert ら⁶³⁾ は分娩に対する不安は, とくに低体重児や分娩時間の延長に影響があるといっている. 妊娠月数による精神的変化は, 長谷川ら^{64,65)} が行った MPI-N 尺度とほぼ一致した. 著者ら⁶⁶⁾ は妊娠月数による情動的变化が他の環境因子や身体条件では生じていないことを報告している. すなわち分娩という重大な事態に直面したということが, 情動的に不安定な状態をつくりだしており, このことは特に妊娠 8~9 カ月の初産婦に著明であり, この時期に分娩に対する不安を除くための母親学級や自律訓練法などの対策が必要であると考えられる.

第 VII 章 分娩に対する精神的態度と無痛分娩の効果についてのアンケートおよび MAS, MPI の分析

研究 方法

妊娠 8~10 カ月の妊婦 48 人に, 分娩に対する態度を調査するため MAS, MPI とアンケート調査を行った. 比較するにあたって MAS 得点が 20 点以上又は MPI が 25 点以上の妊婦を情動不安の高い群とし, $5 \leq \text{MAS 得点} \leq 15$ 点, $5 \leq \text{MPI 得点} \leq 20$ 点を情動安定群とした. 次に明石ら⁶⁷⁾ のフローセン無痛分娩を行い, 他覚的に十分効果のみとめられたと考えられる初産婦 30 名の自覚的無痛効果について, 分娩後にアンケート調査⁶⁸⁾ した.

研究 成績

「分娩に対して何か不安があるか」の質問に対して情動不安の高い初産婦では 94%, 安定群の初産婦で 60% があると答えている. 「無痛分娩に対する知識があるか」との質問に対しては情動不安の高い初産婦で 47%, 不安の低い初産婦は 17% が知識なしと答えている. 「母親学級を受けている」のは不安の高い初産婦は 24%, 不安の低い初産婦

は 67% である. 「分娩時の疼痛に対してたえて生むべきか」との質問に高い初産婦は 64% が, 不安の低い初産婦は 25% が耐えて生むべきだと答えている. 無痛に対する希望は「少し位ならがまんするが耐えられなかったら軽くしてほしい」という項が不安の高い初産婦は 41%, 不安の低い初産婦は 77%, 経産婦が 70~100% であるのに対して

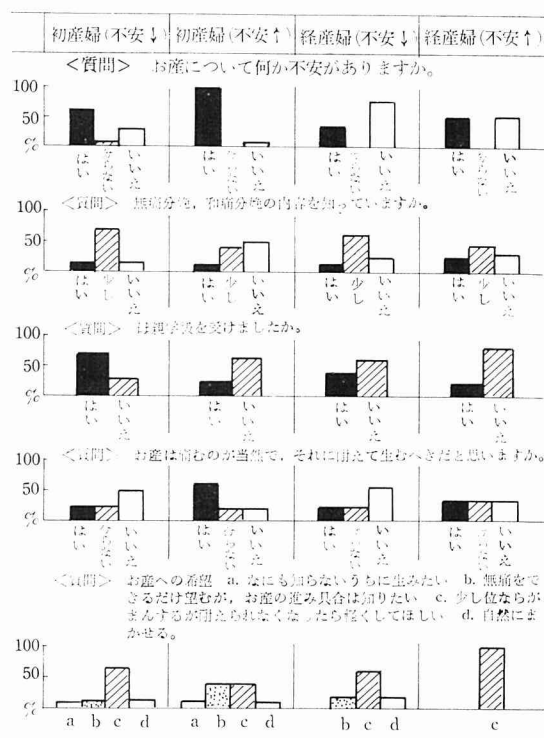


図 17 アンケート調査による分娩に対する心理的態度

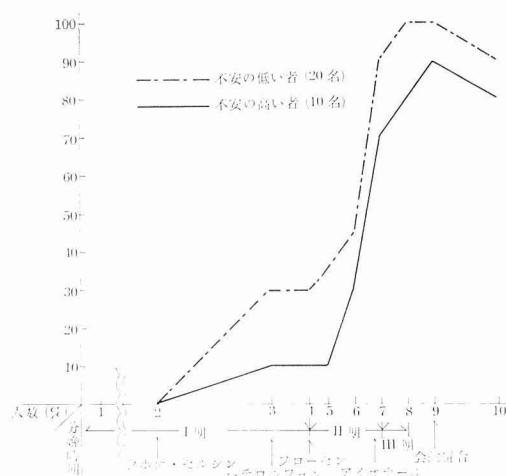


図 18 薬物麻酔分娩に対する自覚的効果

「無痛をできるだけ望むがお産の進み具合を知りたい」の項は不安の高い初産婦は41%, 低い初産婦は8%であった(図17)。

アンケートから無痛分娩の効果についてみると、薬物やフローレン麻酔が行なわれ、他覚的には十分効果が認められている時でも、不安の高い初産婦で完全無痛効果を認めるものはわずかに10~30%, 不安の低い初産婦は30~45%であった(図18)。更にアンケート自由要望欄に分娩第1期前半の無痛を強く望み、完全無痛とならない時期の不満を述べる産婦が多かった。

要 約

不安の高い妊婦は分娩に対しても莫然とした不安をもち分娩の知識や知識欲求に乏しい。そして耐えて生むのが当然と考えていながら分娩様式では無痛分娩を強く望む。すなわち分娩に対して頑固な態度をとる。従って分娩時に心理的、身体的にも緊張が強くなることが予想される。そして無痛分娩の自覚的効果も低く評価することがわかった。

Winget⁶⁹⁾は夢内容を調査して妊娠末期に不安や恐怖の夢を多くみていわゆる昇華を行った妊婦の分娩時間は短かくてすむといっている。これらの緊張的態度や無痛分娩に対する不満は Read の自然分娩や精神予防性無痛分娩の理論の出発点となっている⁷⁰⁾と考えられる。Chertok⁷¹⁾は、妊婦の分娩に対する心理状態を多方面の分野について紹介している。

Kroger³⁾、鈴木⁷²⁾の如く催眠を用いる人もおり、自律訓練法^{73,74)}や他の弛緩法¹⁴⁾、呼吸法⁷⁵⁾などを用いる人もいるがこれらに共通していることは、“Relaxation”の効果を重視している点である。

第VIII章 MPI からみた分娩時間

第VI章において分娩時間とMAS, MPI-N尺度について有意の差はなかったが、著者は分娩を観察して不安の高い妊婦や、精神的未熟、依存性の高い妊婦は分娩時に過度の緊張状態にあり疲労により分娩時間が延びることを経験している。従ってこの問題をMPIのN尺度得点とE尺度得点の両方から再検討してみた。

研究 方法

分娩前にMPIを施行した初産婦で、分娩経過時間以外には異常な経過を全くとらなかった初産婦を95名抽出して検討した。分娩時間が10時間未満のもの25名と10時間以上のもの70名を比較した。

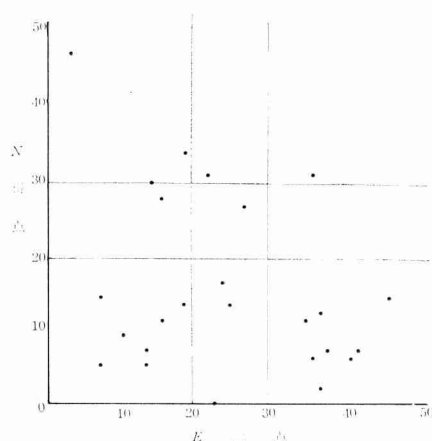


図19 分娩時間10時間以内の初産婦25名におけるMPIの人数分布

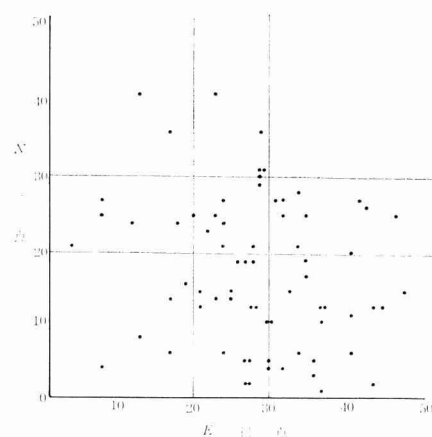


図20 分娩時間10時間以上の初産婦70名におけるMPIの人数分布

研究 成績

E尺度、N尺度とも20点以内の低得点領域(E-N領域)にあるものの度数検定を行うと、10時間以上の初産婦は、この領域には人数分布が有意に少ないことがわかった($P<0.01$) (図19, 20)。

要 約

神経症傾向と外向性傾向の両者とも低い妊婦は分娩時間が短時間ですみ、外向性傾向や神経症傾向の高いものは分娩時間が延びる確率が有意に大きいことが示され、臨床上の経験と一致した。分娩時間が異常に延びることは種々の産科合併症を誘発する可能性も考えられ産科医にとっては重大な問題となる。安定剤や精神療法的手段が無痛効果をもち、分娩時間が短縮されるという報告は著者¹⁴⁾の他にも

多数^{3,72,73,76,77)}のものがある。次に分娩時間に関連して精神的な分娩管理について考察する。

分娩に対する不安や恐怖を精神分析学者の立場からみると、Freud⁷⁸⁾の死への恐怖、別離不安、Deutsch⁷⁹⁾の小児期リビド発達障害に基づく神経症的不安、Kretschmerの原始的情動的反応性運動過多⁸⁰⁾やJaspers⁸¹⁾の限界状況、Frankl⁸²⁾の責任存在としての不安などで説明できる。そして実際に分娩を熱心に扱う産科医もこれらの恐怖や不安のある妊婦に接したとき、頻回の内診を行い、異常な経過をとらないかと不安になり、異常になった場合の処置や今後の処置についてあれこれ考えすぎている状態になることがあり、これらは産婦から波及する不安を同じ人間としての不安をもつ産科医が感じとり、逆転移の起った状態であると考えられる。

分娩中に行う他者催眠は施設や技術や時間、その他に種々問題がある。しかし母親学級で行う催眠による分娩練習は知識のみで分娩を認識するのみではなく、体験的にしかも歪曲されずに短時間で認識するが故に適した方法を考える。陣痛室に入室した産婦には自律訓練法やJacobsonの弛緩法⁸³⁾を指導しながら、主体性を産婦におき、産科医は産婦の孤独な戦いに対する分娩の手助け、そしていざというときに救世主の役割をいつでも行うという態度で側につきそい、産婦の不安や恐怖に対して支持的態度すなわち共感的理解をもった態度で接するべきであるとする。

総 括

産婦人科領域において、各種心理テスト、アンケートを応用し更に患者の面接を通して心身医学的研究を試みた。その結果、不妊症、更年期障害、不感症、想像妊娠、悪阻や妊娠、分娩に対して精神的な要因が存在し、それぞれに対して精神的配慮が必要であることが証明されたと考えられる。更に著者は、各疾患や症状に対する精神的配慮の方法についても考察した。

心身症とは『身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子についての配慮が、特に重要な意味をもつ病態』と定義⁸⁴⁾されている。精神身体医学は心身相関の理論から出発し、数々の実証が試みられ、その相関は事実として認められてきている^{85,86)}。しかしその理論は脳新皮質、旧皮質という高位中枢に関係するため、いまのところ実験医学的に根拠が明確でなく、臨床の各医学分野に浸透できないつらみがある。加えて治療方法が精神分析という難しい技術に頼ることが多かったことも浸透できない理由と考えられる。しかし最近新しい治療法⁸⁷⁾により精神分析的治療を行いやすくさせ、各種疾患に対する精神的配慮による効果も次々と報告されつつある。今後、この領域

の研究はますます発展し各科診療医にとって各種疾患の心理要因、またその取り扱いが常識となる時期が到来することが強く期待される。

結 語

1) 不妊症患者213名の心理テスト正常型は148名、神経症型は65名であった。前者の75名、38.4%、後者の43名、66.1%がホルモン治療を他の治療法と併用又は単独で必要とした。

Rubin Testの検査中にDiazepam 5mgを静注しその波形を検討すると、正常型61名中21名、34.4%にDiazepamの投与により緊張の低下をみとめ、40名、65.6%は無変化か逆に緊張性を増した。神経症型24名中1名、4.2%に効果があり、23名、95.8%は無変化か逆に緊張性を増した。

2) 更年期障害患者33名のホルモン治療のみの効果は、CMIで正常型10名には100%、神経症型23名には43%であった。Y-G testで正常型22名では82%、異常型6名は33%の効果を示した。ホルモン治療無効の8名(心身症6名、神経症1名、仮面うつ病1名)を治療した。

3) 不感症と腔瘻の症例10名を治療に抵抗する程度により5つに分類した。

4) 想像妊娠の症例2名(1例は8カ月、1例は10カ月の無月経)は児を切望するあまり無月経、下腹部の脂肪性膨大を起こしたものであった。

5) 妊娠5~10カ月の妊婦95名に行ったMPIでN、E得点ともに30以上ある群は妊娠初期につわりが出現する率が高かった($P<0.05$)。

6) 妊婦314名のMAS、MPI得点は妊娠月数により差があり、特に妊娠8、9カ月の初産婦は高かった。不安の高いものは子宮復古不全、乳汁分泌不全、低体重児出産の傾向があった($P<0.10$)。

7) 分娩に対して神経症群は心理的に不合理な緊張したかまえがあり、フローセンによる無痛分娩の自覚的效果が小さく、分娩第I期に対する不満が大きい。

8) 初産婦95名にMPIを行い、分娩時間が10時間未満のものと10時間以上のもので比較すると、E得点、N得点とも20以内にあるものは後者では少ない($P<0.01$)。

稿を終るに臨み、御指導をいただいた恩師明石勝英教授、御助言、御校閲を賜った、本学心理学杉山善朗教授及び教室の橋本正淑助教授、水元修治講師に謝意を表します。尚本論文の一部は、第21回日産婦北日本連合部会総会シンポジウム、第10回、第12回、第13回日本精神身体医学会総会、第17回、第18回、第19回日本催眠医学心理

学会総会にて発表した。

(昭和49.2.5受付)

文 献

- Morris, N.: Introduction. In: Morris, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, XIV-XVI, S. Karger, London (1972).
- Howells, J. G.: Editor's preface. In: Howells, J. G.: Modern Perspectives in Psycho-obstetrics, V-VI, Oliver and Boyd, Edinburgh. (1972).
- Kroger, W. S.: Hypnosis in Obstetrics, Clinical Experimental Hypnosis, 192-216, Lippincott, Philadelphia (1963).
- 長谷川直義: 心身症の診療. 九嶋勝司編: 169-292, 金原出版, 東京 (1965).
- 岩淵庄之助, 長田 宏, 坂倉啓一, 山本 浩: Ageing と精神力動的考察より. 産と婦 39, 861-866 (1972).
- 岡村 靖: 産婦人科の立場から. 産と婦 39, 847-854 (1972).
- 森 一郎, 伊集院康熙, 池田友信, 何 智桓, 有村 徹, 鮫島和子: 産婦人科と心身症・われわれの観察法とその成績. 産と婦 39, 841-846 (1972).
- 深町 建: Cornell Medical Index の研究, 第1報, CMI よりみた神経症者の自覚症の特性. 福岡医誌 50, 2988-3000 (1959).
- 深町 建: Cornell Medical Index の研究, 第2報, CMI による神経症者の判別基準について. 福岡医誌 50, 3001-3009 (1959).
- 金久卓也, 深町 建: コーネル・メディカル・インデックス. 三京房, 京都 (1972).
- 辻岡美延: 矢田部・ギルフォード検査. 井村恒郎監集: 臨床心理検査法, 66-77, 医学書院, 東京 (1967).
- 小此木啓吾, 延島信也, 重田定義, 楠本昌子: 心身医学における Cornell Medical Index の研究 (その1), 深町式神経症判別基準の再検討. 精身医 5, 183-188 (1965).
- 小此木啓吾, 山本久仁子, 上田紀子, 吉田直子: 心身医学における Cornell Medical Index の研究 (その2), 記入動機, Y-G との相関, 時間的変動性. 精身医 9, 115-122 (1969).
- 郷久鍼二: 産婦人科領域における心身症の治療に対する検討. 札幌医誌 43 巻1号投稿中.
- 林 基之, 加藤晟子: 不妊症と精神因子. 産婦の世界 19, 272-278 (1967).
- 岩淵庄之助: 当院で行なっている PSD の治療. 産婦治療 12, 314-325 (1966).
- 坂倉啓夫, 金子宜淳, 渡辺光広, 大木洋一: Contol による無排卵性不妊症の妊娠成功例について. 実験治療 385, 112-113 (1964).
- 坂倉啓夫, 岩淵庄之助, 村田高明: 不妊症の心身医学的研究. 精身医 7, 226-231 (1967).
- 小島 秋, 西川 潔, 大田尚司, 星本幸男, 内藤啓三: 卵管疎通検査と自律神経機能検査の関係について. 日不妊学会誌 13, 42-49 (1968).
- Herschlein, H. J. und Roemer, H.: Der psychosomatische Fall. Geburtsh. u. Frauenheilk. 28, 328-331 (1968).
- 長谷川直義: 続発性無月経の一例. 精身医 8, 241-244 (1968).
- 鈴木謙次: 心因性無月経に対する催眠療法 (直接暗示) の一例. 催眠研究 9, 27-30 (1964).
- Prill, H. J.: Psychosomatische Gynäkologie. Urban u. Schwarzenberg, München~Berlin (1964).
- 坂倉啓夫, 久布白兼和, 渡辺光広, 金子宜淳, 堀口 文, 大木洋一, 中居光生, 村田高明: 無排卵の治療. 産婦治療 6, 479-483 (1962).
- Dimić, N., Pavlovic, S. Miljkovic, S. and Radosavijevic, S.: The importance of psychosomatic factors as the origin of sterility in women. In: Morris, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, 475-477 S. Karger, London. (1972).
- Mai, F. M., Munday, R. N. and Rump, E. E.: Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples. Psychosom. Med. 34, 431-440 (1972).
- 鈴木雅洲, 広井正彦: 更年期障害のホルモン療法. 産婦治療 17, 58-64 (1968).
- 安部徹良, 古橋信晃, 大橋一夫, 佐藤友子, 鈴木雅洲, 森塚威次郎: 中高年婦人の“いわゆる不安愁訴”に対する結合型 Estrogen の影響. 産婦の世界 25, 849-853 (1973).
- 倉智敬一: 更年期および閉経後婦人の管理, 更年期障害に対する新しい考え方. 産婦治療 17, 51-57 (1968).
- Connors, A. C.: Hormonal and nonhormonal treatment of menopause. In: Morris, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, 622-627, S. Karger, London (1972).
- 森 一郎, 伊集院康熙, 河野和之, 武田信豊, 折田勝郎: 婦人の更年期対策. 産婦の実際 20, 314-323 (1971).
- 金子仁郎: 精神科の立場からみた産婦人科の心身症. 産と婦 39, 873-878 (1971).
- 九嶋勝司: 更年期障害の治療. 薬物療法 4, 1911-1912 (1971).
- 池見西次郎, 山口 剛: 心身症からみた更年期障害. 薬物療法 4, 1916-1917 (1971).
- 林田健男, 岡本安弘: 外科からみた更年期. 薬物治

- 療 4, 1920-1921 (1971).
- 36) Bodner, S. and Catterill, T. B.: Amitriptyline in emotional states associated with the climacteric. *Psychosomatics* 8, 117-121 (1972).
 - 37) Banerjee, T.: Psychosomatic problems at menopause. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, 608-611, S. Karger, London. (1972).
 - 38) 長谷川直義: 更年期の不定愁訴. 金原出版, 東京 (1972).
 - 39) Priest, R. G. and Crisp, A. H.: The menopause and its relationship with reported somatic experiences. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, 605-607, S. Karger, London (1972).
 - 40) Greenberg, R. C.: Frigidity as a reflection of interpersonal marital conflict. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, 439-441, S. Karger, London (1972).
 - 41) Horney, K. (泉ひと訳): 女性の深層心理. 黎明書房, 名古屋 (1971).
 - 42) Boss, M. (村上 仁, 吉田和夫訳): 性的倒錯. みすず書房, 東京 (1957).
 - 43) 安田一郎: 不感症. 現代産婦人科学大系 12, 31-60, 中山書店, 東京 (1972).
 - 44) Paulson, J. M. and Lin, T. T.: Frigidity, A factor analytic study of a psychosomatic theory. *Psychosomatics* 11, 112-119 (1970).
 - 45) 下坂幸三, 阿部輝夫: 不感症. 産婦の世界 25, 1199-1203 (1973).
 - 46) 長谷川直義: 性感異常の心身医学的研究. 精身医 8, 348-353 (1958).
 - 47) 長谷川直義 (池見西次郎編): 精神身体医学の理論と実際 (各論 I), 184-185, 医学書院, 東京 (1964).
 - 48) Abram, H. S.: Pseudocyesis followed by true pregnancy in the termination phase of an analysis. *Brit. J. Med. Psychol.* 42, 255-262 (1969).
 - 49) Millar, D. R.: Preconceptional pseudocyesis. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, 433-435, S. Karger, London (1972).
 - 50) 杉山善朗: 患者の心理 (片口安史, 大山正編). 医学のための心理学, 218-222, 誠信書房, 東京 (1962).
 - 51) 杉山善朗: 日本版 MPI の実際の適用例と判定チャートの作成. MPI 研究会編: 新性格検査法, 186-224, 誠信書房, 東京 (1969).
 - 52) Freud, S. (懸田克躬訳): ヒステリー研究. 改定版フロイド選集 9, 日本教文社, 東京 (1969).
 - 53) Deutch, H. (懸田克躬, 原 百代訳): 生命の誕生. 母親の心理 2, 5-11, 日本教文社, 東京 (1964).
 - 54) Bernstein, I. C.: Nausea and vomiting of pregnancy. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, 172-174, S. Karger, London (1972).
 - 55) Farkas, G. and Farkas, G. jr.: The psychogenic etiology of the hyperemesis gravidarum. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, 175-177, S. Karger, London (1972).
 - 56) Remy, R., Wolff, F., Gillet, J. Y., Ritter, M. and Muller, P.: Hyperemesis gravidarum therapy. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, 169-171, S. Karger, London. (1972).
 - 57) Fairweather, D.: Nausea and vomiting in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 102, 135-175 (1968).
 - 58) 九嶋勝司, 長谷川直義: 産婦人科と心身症. 産婦治療 12, 293-300 (1966).
 - 59) 杉山善朗: ティラー不安検査. 井村恒郎監修: 臨床心理検査法, 78-94, 医学書院, 東京 (1967).
 - 60) Pajntar, M.: Obstetrical complications personality changes and emotional tension during pregnancy. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, 133-136, S. Karger, London (1972).
 - 61) Palmer, R. L. and Evans D.: Psychosomatic status, hostility and complications. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, 137-140, S. Karger, London (1972).
 - 62) Ritter, M., Subra, N., Weil, J., Wolff, F. and Muller, R.: Preliminary report concerning a psychosomatic approach to the trouble relating to the last three months of pregnancy. In: Morris, N.: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, 146-148, S. Karger, London (1972).
 - 63) McDonald, R. L., Gynther, M. D. and Christakos, A. C.: Relations between maternal anxiety and obstetric complications. *Psychosom. Med.* 25, 357-363 (1963).
 - 64) 九嶋勝司, 村井憲男, 佐藤俊昭, 大山正博: 妊産婦の心理的研究 (1)—妊婦の情動的特性. 精身医 6, 156-161 (1966).
 - 65) 九嶋勝司, 村井憲男, 佐藤俊昭, 佐竹則子: 妊産婦の心理的研究 (2)—産婦の情動的特性. 精身医 6, 211-214 (1966).
 - 66) 郷久鉦二, 明石英史, 池川 洋, 金上宣夫, 杉山善朗: 妊産婦の心理的研究 (1)—妊産婦の情動不安の特性と分娩, 見に及ぼす影響について. 産婦治療 24, 341-346 (1972).

- 67) 明石勝英, 水元修治, 金上恒夫: 薬物性無痛分娩の実施経験. 日産婦会誌 21, 599-603 (1969).
- 68) 郷久鉞二, 明石英史, 池川洋: 妊娠婦の心理学的研究 (2)—無痛分娩の効果と妊婦の情動不安. 産婦治療 25, 93-96 (1972).
- 69) Winget, C. and Kapp, F. T.: The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primiparae. Psychosom. Med. 34, 313-320 (1972).
- 70) 川上 博: 無痛分娩. 精身医 6, 264-269 (1966).
- 71) Chertok, L.: Psychosomatic methods of preparation for childbirth. Am. J. Obstet. Gynec. 98, 698-707 (1967).
- 72) 鈴木謙次: 催眠法による無痛分娩. 産婦の実際 12, 921-923 (1962).
- 73) 岡村 靖, 北島正大, 荒川公秀, 立山浩道: 分娩に対する自律訓練 (Autogene Training) 法に関する研究 (1). 精身医 5, 339-343 (1965).
- 74) 後藤哲也, 芳賀陽子, 岡村 靖: 分娩に対する自律訓練効果と Plasma Free 11-OHCS 値との関連について. 精身医 10, 381-385 (1970).
- 75) Husslein, H.: Drug psychoprophylaxis during labour. In: Morris, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, 229-234, S. Karger, London (1972).
- 76) Friedman, D. D.: Ego reinforcement in labor. In: Morris, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology, 210-215, S. Karger, London (1972).
- 77) 大平治親, 殿原 馨, 細谷英彦: Diazepam の産科領域における応用 (第1報). 産と婦 33, 930-934 (1966).
- 78) 土居健郎: 不安と防衛. 精神分析と精神病理, 75-98, 医学書院, 東京 (1965).
- 79) Deutch, H. (懸田克躬, 原 百代訳): 生命の誕生. 母親の心理 2, 132-149, 日本教文社, 東京 (1964).
- 80) Schneider, K. (懸田克躬, 鱒崎 敬訳): 精神病質人格の分類. 精神病質人格, 54-59, みすず書房, 東京 (1954).
- 81) Jaspers, K. (内村祐之, 西丸四方, 島崎敏樹, 岡田敬蔵訳): 精神病理学総論 (上巻), 165-173, 岩波書店, 東京 (1953).
- 32) Frankl, V. E. (霜山徳爾訳): 人格の実存の人間学的解明としての実存分析. 神経症—その理論と治療 (II), フランクル著作集 5, 70-80, みすず書房, 東京 (1961).
- 83) 赤木 稔: 行動療法と心身症. 医歯薬出版, 東京 (1971).
- 84) 日本精神身体医学会医療対策委員会: 心身症の治療指針. 精身医 10, 35-43 (1970).
- 85) 池見西次郎: 現代心身医学. 医歯薬出版, 東京 (1972).
- 86) 池見西次郎編: 精神身体医学の理論と実際 (総論). 医学書院, 東京 (1962).
- 87) 池見西次郎編: 精神身体医学の理論と実際 (各論 II). 医学書院, 東京 (1963).